EXAMEN DE 4EME ANNEE MEDECINE
Gastro-Enterologie (Partie Medecine)
Avril 2012
Fac : Tizi Ouzou

1- Quel est l'examen paraclinique qui permet de distinguer un RGO acide d'un RGO non acide ?

2- Quel type de gastrite trouve t-on dans la maladie de Biermer

3- Quels sont les 2 types histologique de cancer de l'estomac pouvant se graffer sur cette gastrite ?

4- Classer selon le score de Child-Pugh le patient suivant : Cirrhotique presentent une ascite moyenne non accociée a une encephalite hepatique, biologiquement : son TP =45%, Bilirubine totale = 22mg/l, Albumine = 30 g/l

5- Une fièvre chez un cirrhotique doit faire évoquer : (Rf)
- a- Une ascite réfractaire
- b- Une surinfection du liquide d' ascite
- c- Un cancer sur foie de cirrhose
- d- Une hémorragie digestive occulte
- e- Un pré-coma hépatique

6- Une encéphalopathie hépatique peut être la conséquence d'un abus de diurétiques. Vrai ou faux ?

7- Sont causes de constipation secondaire :(RJ)
- a- Hyperthyroïdie
- b- Diabète
- c - Paraplégie
- d- Hyperkaliémie
- e - Insuffisance respiratoire chronique

8- Quelle est la durée moyenne de traitement d'une oesophagite peptique stade 2 de Savary

9- Quelle complication doit-on craindre devant une elevation isolée de la bilirubine ou l'apparition d'un ictere chez le cirrhotique.

10- En cas de tuberculose intestinale :

a- La zone de prédilection du BK est la zone iléo-caecale

b- L'aspect ulcéro- h ypertrophi que est spécifique de l'atteinte tuberculbeuse

c- Les ulcératrons muqueuses sont circonferentielles, peu profondes à bords inclinés et détachés

d- La recherche d'autres localisat ions tuberculeuses est systématique

e- Le traitement antituberculeux agit sur les lésions infectieuses sans role preventif des rechutes

11- Les complications de la tuberculose digestive :

a - ne surviennent que chez les sujets tarés ou immuno-déprimés

b- sont en rapport avec le type de lésions tuberculeuses

d- sont en rapport avec la topographie d e l'atteinte tuberculeuse

d - répondent bien au traitement antituberculeux notamment dans la forme ulcéreuse

e- peuvent nécessiter un traitement chirurgical d'urgence

12 - Au cours de l'amibiase digestive :

a- Le passage de la forme hystolytica à la forme minuta détermine la guérison définitive

b- La tutte contre le péril fécal permet de rompre la chaine de transmission

c- La forme végétative des amibes est la forme de dissémination de la maladie

d- Les localisations extra-coliques sont toujours secondaites à une atteinte intestinale

e- Le cycle d'amibiase Infection se traduit cliniquement par le syndrome dysentirique aigue

13- Devant une collection hépatique :

a- L'o rigine amibienne est éliminée par l'absence des amibes au niveau des selles

b- La mise en évidence d'amibes au niveau du liquide de ponction permet le diagnostic d'amibiase hépatique

c- La réalisalion des sérologies hydatique et amibienne est systématique

d- L'aspect macroscopie «pus chocolat » du liquide de ponction est pathognomonique de l'abcès amibien

e- Le traitement chirurgical est toujours indiqué

14- Au cours d'une hépatite virale aigue dans la forme commune, indiquer les réponses inexactes :

a- Le syndrome de cytolyse important

b- Asthénie avec somnolence

c- TP moins de 50%

d- Ictere franc avec syndrome hémorragique

e- Urines foncees avec selles décolorees

15- Parmi ces marqueurs serologiques de l’hepatite B, lequel n’est jamais retrouvé dans le sang

a- Ag Hbs
b- Ag Hbc
c- ADN virale
d- Ag HBe
e- Ac anti HBe

16- Au cours d’une hepatitevirale aigue, lequel(s) est(sont) un(des) signes de gravité

a- Fièvre
b- Ictère foncee
c- Syndrome hémorragique
d- Somnolence
e- inversion du rythme nycthéméral du sommeil

17- Les deux examens complémentaires de 1ère intention dans l' exploration d'une hépatoméga„ie sont :

a - TDM abdominale et bilon hépatique
b- échographie abdomtnale e t bilan hépatique
c-IRM et PBF
d- Echographie abdomin a le e t PBF
e- TDM abdominale et PBF

18- L'hépatomégalie dans le syndrome d e Budd C hiari est :

a- Une HPM localisée
b - Une HPM à surface lisse et irrégullère
c- S'accompagne souvent d'un RHJ
d- Sensibre spontanément à la palpation
e - est secondaire à une obstruction de veines sus-hépatiques

19- L 'hépatomégalie du cirrhotique est:

a - à surface lisse et irrégulière
b- insensible à la palpation
c- à bord inférieur mousse
d- s'accompagne de signes d'HTP
e- immobile avec les mouvements respiratoires

20- Quelles sont les propositions exactes concemant l’ulcere gastrique?

a- peut cancériser
b- est uniquement dû à hélicobacter pylori
c- est associé à une hyposécrétion acide
d- la perte de substance ne dépasse Jamais la musculeuse
e- b et c

21- Pour le diagnostic de l'ulcère duodenal dans sa forme courante et non compliquée:

a- La fibroscopie n'est pas obligatoire

b- les biopsies per endoscopiques sont essentielles au niveau bulbaire

c- La Ftbroscople est indispensable et montre souvent un ulcère linéare

d- Le TOGO est toujours pratiqué

e- Aucune de ces réponses

22- Quels sont les deux tests les plus utilises pour rechercher une infection par héllcobacter pylori :

a- Coproculture

b - Sérologie

c- Examens anatomo-pathologlques des biopsies gastriques

d- Culture du suc gastrique

e- Test rapide à l'uréase

23- Une diarrhée par malabsorption peut être due à :

a- Une accélération du transit

b- Ingestion de laxatifs

c- Pancréatite chronique

d- Maladie coeliaque

e- pullulation microbienne

24- La découverte d'une maladie coeliaque peut se faire à l'occasion :

a- d'une anémie

b- d 'une diarrhée chronique

c- d'un retard staturopondéral

d- d'une augmentation des plis duodénaux à l'endoscopie digestive haute

e- Tout es ces réponses sont justes

25- Une diarrhée lésionnelle peut être due à :

a - Cancer du rectum

b- Polype rectal

c- hyperthyroïdie

d- Tumeur pancréatique

e- Rectocolite ufcérohémorragique

26- Une diarrhée par malabsorption est due à une atteinte :

a- Jejunale

b-Iléale

c- Colique

d- Gastrique

e- Duodénale

27- Une diarrhée se définit par:

a- Un débit fécar supérieur à 1 OOg/j

b- Un débit fécal supérieur à 1 50 g/j

c- Des selles trop liquides et trop fréquentes

d- un débit fécal supérieur à 300g/j

e- Tou tes ces réponses sont fausses

28- Aucours du syndrome de Budd Chiari (RJ)

a- l'ascite est souvent transudative

b- l'ascite est souvent riche en proteines

c- l'ascite est riche en globules blancs

d- lo circulation veineuse collatérale abdominale et toujours presente

e- il existe un reflux hépatojugulaire

29- Concernant l'ascite tuberculeuse :

a- elle est toujours libre

b- elle est riche en lymphocyte

c- elle est exsudative

d- elle est riche en BK

e-le taux d'Adenosine desaminase dans l'ascite est élevé

30- Au cours de l'i ctère cholestatique :

a- la 1ère cause à rechercher est l'hépatite virale aigue

b- Le 1er examen morphologique à réaliser : scanner abdominal

c- L'association à une anémie ferriprive oriente vers un ampullome Vatérien

d- La cause la plus fréquente est la lithiase de la VBP

e-La non visualisation d'obstacle sur les voies billaires à l'échograpnie élimine formellement une cholestase extra-hépatique